Washington State Department of Social & Health Services

STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

SOLICITUD PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA MANUTENCIÓN INFANTIL PARA PADRES SIN TUTELA
NONCUSTODIAL PARENT CHILD SUPPORT ENFORCEMENT APPLICATION

Por favor responda todas las preguntas de la forma más completa posible. Excepto su firma, escriba todas las respuestas a máquina o con letra imprenta. Utilice tinta azul o negra solamente. Si no sabe una respuesta, escriba "**DES**" (respuesta desconocida) en el espacio. Si necesita más espacio para responder una pregunta, utilice otra hoja y adjúntela a este formulario. La División de Manutención Infantil (DCS) utilizará números de seguro social con el propósito de hacer cumplir la manutención infantil, como se define en el Título IV-D de la Ley de Seguro Social.

I. SU INFORMACIÓN PERSONAL

1. NOMBRE COMPLETO: APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE	2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

5. OTRO NOMBRE QUE USTED UTILICE

6. ORIGEN ÉTNICO	7. ALTURA	8. PESO	9. COLOR DE CABELLO	10. COLOR DE OJOS

11. Si necesita recibir correspondencia en otro idioma que no sea inglés, mencione el idioma:

12. LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD ESTADO PAÍS

13. ¿Es usted miembro de una tribu indígena? ☐ No ☐ Sí. Si su respuesta es sí, ¿de qué tribu?

14. ¿Vive usted en una reserva? ☐ No ☐ Sí. Si su respuesta es sí, ¿en qué reserva?

15. DIRECCIÓN POSTAL: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

16. DOMICILIO: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
(si es diferente de la dirección postal)

17. NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR	18. NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR/BUZÓN DE MENSAJES	19. NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO
( )	( )	( )

20. NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE: APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
(completar incluso si estuviese fallecida)

21. NOMBRE COMPLETO DE SOLTERA DE LA MADRE: APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

22. DIRECCIÓN DE LA MADRE: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

23. NOMBRE COMPLETO DEL PADRE: APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
(completar incluso si estuviese fallecido)

24. DIRECCIÓN DEL PADRE: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

25. ¿Es usted miembro de las fuerzas militares de reserva? ☐ No ☐ Sí. Si su respuesta es sí, responda las preguntas 26-28. En caso contrario, vaya a la pregunta 29.

26. ARMA DEL SERVICIO MILITAR	27. ☐ RESERVAS ☐ GUARDIA NACIONAL	28. PUESTO DE SERVICIO MILITAR

Mencione la siguiente información sobre parientes, amigos o lugares donde DCS pueda comunicarse con usted:

29. NOMBRE	30. CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE: CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
31. NÚMERO DE TELÉFONO	32. RELACIÓN CON USTED
33. NOMBRE	34. CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE: CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
35. NÚMERO DE TELÉFONO	36. RELACIÓN CON USTED

II. INFORMACIÓN SOBRE SU EMPLEO Y SU SINDICATO

Para ayudar a DCS a procesar su solicitud, por favor adjunte copias de sus últimos tres recibos o registros de pago.

1. ¿Es usted autónomo? ☐ No ☐ Sí. Si su respuesta es sí, responda las preguntas 2-4. En caso contrario, vaya a la pregunta 5.

2. NOMBRE DE LA EMPRESA

3. ☐ ÚNICO PROPIETARIO
☐ SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD ILIMITADA
☐ CORPORACIÓN

4. DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

5. NOMBRE DEL EMPLEADOR

☐ EMPLEADOR TODO EL AÑO
☐ EMPLEADOR POR TEMPORADA

6. DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

7. NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR

8. DÍAS DE LA SEMANA QUE USTED TRABAJA

9. SU HORARIO DE TRABAJO

10. ☐ EL EMPLEADOR ES UNA TRIBU INDÍGENA ☐ EL EMPLEADOR ES UNA EMPRESA DE PROPIEDAD INDÍGENA UBICADA EN UNA RESERVA
☐ EL EMPLEADOR ES UNA EMPRESA DE PROPIEDAD TRIBAL ☐ EL EMPLEADOR NO TIENE VINCULACIÓN CON UNA TRIBU INDÍGENA

11. ¿Está usted afiliado a un sindicato? ☐ No ☐ Sí. Si su respuesta es sí, responda las preguntas 12-14. En caso contrario, vaya a la Sección III.

12. NOMBRE DEL SINDICATO

13. NÚMERO LOCAL

14. DIRECCIÓN DEL SINDICATO: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

III. INFORMACIÓN SOBRE SU SEGURO DE ENFERMEDAD

1. ¿Dispone de un seguro de enfermedad a través de su empleador, sindicato o Servicios de Salud Indígena (IHS)? ☐ No ☐ Sí. Si su respuesta es sí, responda las preguntas 2-7. En caso contrario, vaya a la pregunta 8.

2. NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGUROS

3. NÚMERO DE PÓLIZA

4. NÚMERO DE GRUPO

5. DIRECCIÓN DE LA EMPRESA DE SEGUROS: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

6. TIPO DE COBERTURA: ☐ MÉDICA SOLAMENTE ☐ MÉDICA Y DENTAL
☐ DENTAL SOLAMENTE ☐ OTRA (MENCIONE): _____

7. FECHA EFECTIVA

8. ¿Posee usted algún otro seguro de enfermedad? ☐ No ☐ Yes. Sí. Si su respuesta es sí, responda las preguntas 9-14. En caso contrario, vaya a la pregunta 15.

9. NOMBRE DE LA OTRA EMPRESA DE SEGUROS

10. NÚMERO DE PÓLIZA

11. NÚMERO DE GRUPO

12. DIRECCIÓN DE LA OTRA EMPRESA DE SEGUROS: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

13. TIPO DE COBERTURA: ☐ MÉDICA SOLAMENTE ☐ MÉDICA Y DENTAL
☐ DENTAL SOLAMENTE ☐ OTRA (MENCIONE): _____

14. FECHA EFECTIVA

15. ¿Cubre su seguro de enfermedad a alguno de los menores involucrados en este caso? ☐ No ☐ Sí.
Si su respuesta es sí, responda las preguntas 16 y 17. En caso contrario, vaya a la Sección IV.

16. PRIMA MENSUAL DEL SEGURO PARA CUBRIR A CADA MENOR
$

17. PRIMA MENSUAL TOTAL DEL SEGURO PARA CUBRIR A LOS MENORES
$

IV. SU INFORMACIÓN FINANCIERA

1. INGRESO O GANANCIA BRUTA MENSUAL
$

2. INGRESO O GANANCIA NETA MENSUAL
$

3. PERÍODO DE PAGO: ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL
☐ MENSUAL ☐ OTRO (MENCIONE): _____

4. NOMBRE DEL BANCO

5. SUCURSAL DEL BANCO

6. DIRECCIÓN DEL BANCO: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

IV. SU INFORMACIÓN FINANCIERA (continuación)

7. ¿Percibe beneficios de retiro? ☐ No ☐ Sí. Si su respuesta es sí, ¿de quién?

Si usted percibe beneficios de retiro **militar**, responda las preguntas 8 y 9. En caso contrario, vaya a la pregunta 10.

8. SU RANGO DE RETIRO	9. ARMA DEL SERVICIO MILITAR

10. ¿Percibe beneficios de compensaciones del seguro obrero? ☐ No ☐ Sí.
Si su respuesta es sí, responda las preguntas 11 y 12. En caso contrario, vaya a la pregunta 13.

11. ¿QUIÉN PAGA EL BENEFICIO?	12. NÚMERO DE RECLAMO

13. ¿Percibe otro ingreso además de su sueldo? ☐ No ☐ Sí. Si su respuesta es sí, mencione la fuente.

14. ¿Es usted dueño de alguna propiedad? ☐ No ☐ Sí. Si su respuesta es sí, responda las preguntas 15 y 16. En caso contrario, vaya a la Sección V.

15. UBICACIÓN DE LA PROPIEDAD	16. TIPO DE PROPIEDAD (BIENES INMUEBLES, EMBARCACIÓN, AUTOMÓVIL, ETC.)

V. INFORMACIÓN SOBRE SU ESTADO CIVIL, PATERNIDAD Y ÓRDENES DE MANUTENCIÓN INFANTIL

Adjunte copias de todas las declaraciones juradas de paternidad, órdenes judiciales, órdenes administrativas, y acuerdos de manutención infantil por escrito.

1. ¿Estuvo usted casado/a con el otro progenitor de sus hijos? ☐ No ☐ Sí. Si su respuesta es sí, responda las preguntas 2-4. En caso contrario, vaya a la pregunta 10.

2. FECHA DE CASAMIENTO	3. LUGAR DE CASAMIENTO: CIUDAD CONDADO ESTADO PAÍS

4. ¿Está usted actualmente divorciado/a del otro progenitor de sus hijos? ☐ No ☐ Sí.
Si su respuesta es sí, responda las preguntas 5 y 6. En caso contrario, vaya a la pregunta 7.

5. FECHA DE DIVORCIO	6. LUGAR DE DIVORCIO: CIUDAD CONDADO ESTADO PAÍS

7. ¿Está usted actualmente separado/a (no divorciado/a) del otro progenitor de sus hijos? ☐ No ☐ Sí.
Si su respuesta es sí, responda las preguntas 8 y 9. En caso contrario, vaya a la pregunta 10.

8. FECHA DE SEPARACIÓN	9. LUGAR DE SEPARACIÓN: CIUDAD CONDADO ESTADO PAÍS

10. Si usted nunca estuvo casado/a con el otro progenitor de sus hijos, ¿Identificó una orden judicial estatal o tribal al padre de los menores? ☐ No ☐ Sí. Si su respuesta es sí, responda las preguntas 11-13. En caso contrario, vaya a la pregunta 14.

11. FECHA DE REGISTRO DE LA ORDEN	12. LUGAR DE REGISTRO DE LA ORDEN: CIUDAD CONDADO ESTADO PAÍS

13. NOMBRE COMPLETO DEL PADRE: APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

14. ¿Firmó usted una declaración jurada de paternidad? ☐ No ☐ Sí. Si su respuesta es sí, responda las preguntas 15-16. En caso contrario, vaya a la pregunta 17.

15. FECHA DE FIRMA	16. LUGAR DE PRESENTACIÓN: CIUDAD CONDADO ESTADO PAÍS

17. NOMBRE DEL ESTADO DONDE LOS MENORES FUERON CONCEBIDOS

18. ¿Posee usted otra orden de manutención infantil? ☐ No ☐ Sí. Si su respuesta es sí, responda las preguntas 19-21. En caso contrario, vaya a la pregunta 22.

19. FECHA DE REGISTRO	20. NÚMERO DE CAUSA (SI SE CONOCE)	21. LUGAR DE REGISTRO: CONDADO ESTADO

22. ¿Paga usted la manutención del cónyuge divorciado (pensión alimenticia)? ☐ No ☐ Sí. Si su respuesta es sí, responda las preguntas 23 y 24. En caso contrario, vaya a la pregunta 25.

23. FECHAS DE PAGO	24. NOMBRE DE LA(S) PERSONA(S) DESTINATARIA(S) DEL PAGO

V. INFORMACIÓN SOBRE SU ESTADO CIVIL, PATERNIDAD Y ÓRDENES DE MANUTENCIÓN INFANTIL (continuación)

25. ¿Pagó usted alguna vez manutención infantil a una agencia de manutención infantil de otra tribu o estado?
☐ No ☐ Sí. Si su respuesta es sí, responda las preguntas 26 y 27. En caso contrario, vaya a la pregunta 28.

26. FECHAS DE PAGO	27. NOMBRE DE LA AGENCIA

28. ¿Pagó usted alguna vez manutención infantil mediante un actuario del tribunal? ☐ No ☐ Sí.
Si su respuesta es sí, responda las preguntas 29 y 30. En caso contrario, vaya a la pregunta 31.

29. FECHAS DE PAGO	30. LUGAR DE PAGO: CONDADO ESTADO

31. Describa todos los acuerdos verbales y por escrito que usted tiene con el otro progenitor que afectan la suma destinada a manutención infantil.

VI. INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE EL OTRO PROGENITOR

Esta sección contiene información sobre el otro progenitor (con tutela) de los menores nombrados en esta solicitud.

1. NOMBRE APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE COMPLETO:	2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

5. OTROS NOMBRES UTILIZADOS

6. Si el otro progenitor necesita recibir correspondencia en otro idioma que no sea inglés, mencione el idioma:

7. LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD ESTADO PAÍS

8. ¿Es el otro progenitor miembro de una tribu indígena? ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es sí, ¿de qué tribu?

9. ¿Vive el otro progenitor en una reserva? ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es sí, ¿en qué reserva?

10. DIRECCIÓN POSTAL: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

11. DOMICILIO: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE (si es diferente de la dirección postal) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

12. NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR ( )	13. NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR/BUZÓN DE MENSAJES ( )	14. NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO ( )

VII. INFORMACIÓN SOBRE GANANCIAS Y EMPLEO DEL OTRO PROGENITOR

1. ¿Es el otro progenitor autónomo? ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es sí, responda las preguntas 2-4. En caso contrario, vaya a la pregunta 5.

2. NOMBRE DE LA EMPRESA	3. ☐ ÚNICO PROPIETARIO ☐ SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD ILIMITADA ☐ CORPORACIÓN

4. DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

5. NOMBRE DEL EMPLEADOR	6. ☐ EMPLEADOR TODO EL AÑO ☐ EMPLEADOR POR TEMPORADA

7. DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: CASILLA POSTAL O NÚMERO DE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

8. NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR	98. DÍAS DE LA SEMANA TRABAJADOS	10. HORARIO DE TRABAJO

VII. INFORMACIÓN SOBRE GANANCIAS Y EMPLEO DEL OTRO PROGENITOR (continuación)

11. ☐ EL EMPLEADOR ES UNA TRIBU INDÍGENA ☐ EL EMPLEADOR ES UNA EMPRESA DE PROPIEDAD INDÍGENA UBICADA EN UNA RESERVA
☐ EL EMPLEADOR ES UNA EMPRESA DE PROPIEDAD TRIBAL ☐ EL EMPLEADOR NO TIENE VINCULACIÓN CON UNA TRIBU INDÍGENA

12. GANANCIAS BRUTAS MENSUALES $	13. GANANCIAS NETAS MENSUALES $	14. PERÍODO DE PAGO: ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL ☐ MENSUAL ☐ OTRO (MENCIONE): _____

VIII. INFORMACIÓN SOBRE LOS MENORES DE ESTE CASO

1. Mencione todos los menores que viven en el hogar del otro progenitor, por quienes usted debe pagar manutención infantil, o para quienes usted quiere que se establezca un requisito de manutención infantil.

A. NOMBRE COMPLETO: APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE	B. FECHA DE NACIMIENTO	C. SEXO	D. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
E. RELACIÓN CON USTED	F. LUGAR DE NACIMIENTO: CONDADO ESTADO	G. ¿ESTÁ EL MENOR CUBIERTO POR SU SEGURO DE ENFERMEDAD? ☐ No ☐ Sí	

A. NOMBRE COMPLETO: APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE	B. FECHA DE NACIMIENTO	C. SEXO	D. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
E. RELACIÓN CON USTED	F. LUGAR DE NACIMIENTO: CONDADO	G. ¿ESTÁ EL MENOR CUBIERTO POR SU SEGURO DE ENFERMEDAD? ☐ No ☐ Sí	

A. NOMBRE COMPLETO: APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE	B. FECHA DE NACIMIENTO	C. SEXO	D. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
E. RELACIÓN CON USTED	F. LUGAR DE NACIMIENTO: CONDADO	G. ¿ESTÁ EL MENOR CUBIERTO POR SU SEGURO DE ENFERMEDAD? ☐ No ☐ Sí	

A. NOMBRE COMPLETO: APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE	B. FECHA DE NACIMIENTO	C. SEXO	D. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
E. RELACIÓN CON USTED	F. LUGAR DE NACIMIENTO: CONDADO	G. ¿ESTÁ EL MENOR CUBIERTO POR SU SEGURO DE ENFERMEDAD? ☐ No ☐ Sí	

A. NOMBRE COMPLETO: APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE	B. FECHA DE NACIMIENTO	C. SEXO	D. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
E. RELACIÓN CON USTED	F. LUGAR DE NACIMIENTO: CONDADO ESTADO	G. ¿ESTÁ EL MENOR CUBIERTO POR SU SEGURO DE ENFERMEDAD? ☐ No ☐ Sí	

A. NOMBRE COMPLETO: APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE	B. FECHA DE NACIMIENTO	C. SEXO	D. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
E. RELACIÓN CON USTED	F. LUGAR DE NACIMIENTO: CONDADO ESTADO	G. ¿ESTÁ EL MENOR CUBIERTO POR SU SEGURO DE ENFERMEDAD? ☐ No ☐ Sí	

2. ¿Otorgó alguna vez un estado (exceptuando al estado de Washington) manutención pública a los menores mencionados arriba? ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es sí, responda las preguntas 3 y 4. En caso contrario, vaya a la pregunta 5.

3. FECHA DE OTORGAMIENTO (MÁS RECIENTE)	4. LUGAR DE OTORGAMIENTO (MÁS RECIENTE): CONDADO ESTADO

5. ¿Vivían los menores en más de un hogar mientras usted tenía que pagar la manutención infantil? ☐ No ☐ Sí. Si la respuesta es sí, responda las preguntas 6-11. En caso contrario, vaya a la Sección IX.

6. NOMBRE DE LA PERSONA CON TUTELA EN EL HOGAR	7. UBICACIÓN: CIUDAD ESTADO	8. FECHAS EN EL HOGAR
9. NOMBRE DE LA PERSONA CON TUTELA EN EL HOGAR	10. UBICACIÓN: CIUDAD ESTADO	11. FECHAS EN EL HOGAR

IX. MANUTENCIÓN INFANTIL QUE USTED PAGÓ POR LOS MENORES CITADOS EN ESTE FORMULARIO

Enumere todos los pagos de manutención infantil que realizó para los menores involucrados en este caso durante los últimos 10 años. DCS puede pedirle que compruebe que haya efectuado estos pagos.

Año/Mes					
Enero					
Febrero					
Marzo					
Abril					
Mayo					
Junio					
Julio					
Agosto					
Septiembre					
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					
Total					

Año/Mes					
Enero					
Febrero					
Marzo					
Abril					
Mayo					
Junio					
Julio					
Agosto					
Septiembre					
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					
Total					

X. CERTIFICACIÓN

Solicito servicios para el cumplimiento de la manutención infantil. Comprendo que DCS intenta cobrar deudas de manutención infantil no obstaculizadas por la ley de prescripción. Entiendo que esta solicitud registra mi orden de manutención infantil en el Registro de Manutención Infantil del Estado de Washington (WSSR). Comprendo que la información que proveo puede ser utilizada por el estado de Washington para establecer, hacer cumplir o modificar mi manutención infantil.

Acepto notificar a DCS sobre cualquier cambio en mi dirección o empleador, y sobre otras circunstancias que puedan modificar la suma de mi pago destinado a manutención infantil.

Acepto enviar todos los pagos destinados a manutención infantil a DCS. Entiendo que DCS **no abonará** ningún pago enviado a cualquier persona o entidad que no sea DCS, un tribunal tribal o estatal, o una agencia de manutención infantil de otra tribu o estado, en concepto de mi manutención infantil. Entiendo que DCS no me reconocerá ningún pago que envíe directamente al progenitor con tutela.

Declaro, bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del estado de Washington, que:

1. Todas las declaraciones que ofrecí en este formulario son verdaderas y correctas.
2. No solicito ni recibo servicios para el cumplimiento de la manutención infantil de otro estado.

FECHA	FIRMA

Devolver este formulario completo a:

DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520
Servicios TTY/TDD disponibles para las personas con trastornos del lenguaje o deficiencias auditivas.
Visite nuestro sitio Web en: www.dshs.wa.gov/dcs

Ninguna persona será discriminada debido a su raza, color, país de origen, credo, religión, sexo, edad o discapacidad en cuanto a empleo, servicios o cualquier aspecto de las actividades del programa. Solicite este formulario disponible en formatos alternativos.